

BIENVENIDOS A
Park Forest Optical

Gracias por seleccionar New Vision Center como su proveedor de vision.

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F	Fecha:
Direccion:		Apt. #:	Numero de Telefono :	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Numero Alternativo:	

Como escucho de esta oficina? _____ Aseguranza de vision: _____
 Ocupacion: _____ Lugar de Trabajo: _____
 # de seguro social paciente: _____
 Relacion con el asegurado: Si mismo Esposo/a Hijo/a Otra _____
 Nombre del asegurado: _____ # de seguro social: _____ F.D.N: _____

La Autorizacion del Seguro: Yo autorizo al medico a (medicos) para proporcionar informacion a portadores de seguro con respecto mis ojos los problemas y los tratamientos y yo por la presente asigno irrevocablemente a los medicos todos los pagos para servicios rendidos a yo mismo o dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todo carga si o no cubrio por el seguro. Una fotocopia de esta autorizacion se considera como efectiva y valida como la original.

Iniciales: _____ Forma de Pago: Efectivo Tarjeta de credito cheque
 # De Licencia : _____

Ultimo examen de ojos: ___/___/___ A usado lentes antes?: _____
 Usa usted lentes de contacto?: _____ Tipo: _____ Por cuanto tiempo?: _____

Su razon por visitar nuestra oficina hoy (Por favor cheque todo lo que le aplica).
 Chequeo General Quiere Lentes Nuevos
 Dolores de Cabeza Vision Borroza
 Infeccion de ojos Quiere saber opciones de lentes de contacto
 Quiere lentes de contacto: Suaves desechables diarios color otro

Que problema tiene usted con sus ojos o vision?: _____
 Aficion?: _____

Por favor cheque cualquier problema o condicion medica que **USTED TENGA:**

Diabetes Parpadea Alcohol Lesión ocular Multile esclerosis Problema Circulatorio
 Accidente cerebrovascular Arthritis Tobacco Cirugía del ojo Alergias Glaucoma
 Cáncer Migrañas Presión arterial alta Enfermedad corneal
 Flotadores Cataratas Ojo vago Las enfermedades del corazón Problema respiratorio
 Desprendimiento de retina La degeneración macular Otros

Algun pariente tiene algun syntoma de los de arriba? Si, porfavor escribalo: _____
 Escriba todos los medicamentos siendo tomados: _____
 Alergico a algun medicamento o droga? Si, porfavor liste los medicamentos: _____

Dilatacion de pupila

La dilatacion de gotas dura aproximadamente 4 a 6 horas y permite que el doctor realice un examen mas cuidadoso de su retina (atras del ojo). Usted puede conducir, pero es recomendado que alguien mas conduzca el automovil. La dilatacion puede asistir en la deteccion de glaucoma, cataratas, enfermedades retinales, y neurologicas. **Hay un sobrecarga de \$20. (Para pacientes meno de 18 anos no es recomendado)(no es cuvierto por Medicaid)**

Quiero la dilatacion hoy Quiero la dilatacion mas adelante No quiero la dilatacion

Analisis Visual de Campana

El analisis visual de campana es una de las pruebas mas sensible disponibles en diagnosticar condiciones como glaucoma, problemas retinales, enfermedades neurologica (tumores cerebrales y enfermedades de nervio optico). La mayoría de los defectos visuales de campana no son notados por un indiividuo hasta en las muy tardes etapas. Somos la prevencion de enfermedades del ojo asi como el temprano descubrimiento, que considerablemente aumenta las posibilidades de curar el desorden, o al menos minimizar sus defectos. Una prueba de proyeccion puede ser realizada en menos de 10 minutos por precio adicional de \$20. Por favor indique su preferencia. (Para pacientes menores de 18 anos no es recomendado) (No es cuvierto por cualquier)

Si Quiero No quiero

****NOTE****This is a screening. It is possible that an additional comprehensive visual field testing may be necessary based on the results of your vision analysis by the doctor.

PAYMENT IS EXPECTED WHEN SERVICES ARE RENDERED UNLESS OTHER ARRANGEMENTS ARE MADE IN ADVANCE.
 THANK YOU. ALL PROFESSIONAL FEES ARE NON-REFUNDABLE

X _____
Firma del paciente o Tutor

Fecha